

Из Свердловского кожно-венерологического института.

Эпидермофития.

Проф. С. Я. Голосовкер.

В течение последних нескольких лет внимание дерматологов привлекает грибковое поражение кожи, локализирующееся преимущественно в области стоп и ладоней. Кроме этой формы эпидермофитии была описана паховая эпидермофития. При окаймленной экземе Гебры (1860 г.) в 1905 г. обнаружен грибок (открыт Кастеляни в 1905 г. и подробно описан Сабуро в 1907 г.), названный эпидермофитомом.

Открытие последнего расширило группу кожных поражений грибкового характера. В 1914 г. Кауфман-Вольф при дизидротических поражениях подошв и ладоней обнаружила грибок—эпидермофитон, Пристлей в 1917 г. описывает межпальцевый эпидермофитон.

Своеобразие грибка в росте на культурах и особенности клинического течения заставили различных авторов исключить эпидермофитию из групп уже известных нам микозов.

Одной из особенностей эпидермофитона является то, что он поражает преимущественно кожу, оставляя нетронутыми волосы. Эпидермофития занимает промежуточное место между эпидермомикозами, как разноцветный лишай и эритразма, и эпидермодерматомикозами, как трихофития, микроспория, парша.

До сих пор имеется ряд вопросов, не получивших своего окончательного разрешения. Основным из них является доказательство патогенности эпидермофитона.

При обследовании нами группы железнодорожников в 100 человек эпидермофития клинически была обнаружена у 27, грибки— у 20 из них. При обследовании банщиц эпидермофитон Кауфман-Вольф бактериоскопически обнаружен в 40% случаев, причем только в единичных случаях грибок найден у лиц, у которых не имелось никаких клинических проявлений.

Исследования других авторов обнаружили большую частоту нахождения межпальцевого микоза (Вайдман у 67% студентов Пенсильванского университета, Уайт—61,3% у мужчин, 38%—среди женщин, Болар и Темплетон—52%—у мужчин, 15,5%—у женщин). Обследуя группу мужского населения в 500 человек, мы бактериоскопически находили грибок в 45% всех случаев, где имелась одновременно клиническая картина эпидермофитии, в 8% всех случаев, где видимых изменений на коже не было. Во всех этих случаях исследовался главным образом материал, взятый из межпальцевых складок и стоп.

Анализ этого материала показывает, что 1) эпидермофития составляет распространенное заболевание, которое до сих пор неправильно распознается; 2) в значительной части случаев, где имеется клинически эпидермофития, это подтверждается также бак-

териоскопически; 3) обнаружение эпидермофитона на видимо здоровой коже не противоречит патогенности грибка; наблюдение за этими местами показывает, что часто наступает клиническое обострение процесса.

Кроме того еще не вполне ясны биологические свойства грибка. Нахождение грибка иногда представляет трудности в том отношении, что необходимо взять достаточно материала из различных участков поражения. В этом отношении однократное исследование с отрицательным результатом является недостаточным—мы в ряде случаев находили грибки только при повторном исследовании.

Наш клинический материал охватывает 430 случаев, где обнаружены бактериоскопически грибки; мы могли бы прибавить много случаев, где имели клинически эпидермофитию, но лабораторное исследование дало отрицательный результат. Для большей ясности мы приводим в дальнейшем клинические разновидности исключительно на основании анализа первой группы случаев. Значительным подспорьем служило также бактериологическое исследование. 77% грибков обнаружено бактериоскопически, а в 53%—бактериологически, причем в 23% случ. последний метод дал положительный результат тогда, когда бактериоскопически грибки не были обнаружены.

Наши клинические наблюдения показывают, что основная локализация процесса — область стоп и кисти рук. Так, из 430 случаев эпидермофитии грибки были нами обнаружены: на подошвах—в 45%, межпальцевых складках стоп—в 28%, на подошвах и межпальцевых складках стоп—в 14%, исключительно на кистях и подошвах—в 6% случаев.

Как это видно будет в дальнейшем, клиническое поражение кистей рук встречается в большом проценте. Возможно, что чистое содержание рук приводит к уменьшению процента бактериоскопического и бактериологического нахождения грибка.

Поражение стоп и ладоней кистей с излюбленным развитием высыпаний—в местах, подвергающихся трению и раздражению, в участках повышенной потливости—вызывается особенностью этих участков. Здесь концентрация водородных ионов (рН кожи) наиболее благоприятна для роста грибков (6,8—7,0).

Заболевание встречается преимущественно в возрасте 20—40 лет и почти одинаково поражает как мужчин, так и женщин. Возраст обратившихся больных был таков: до 15 лет — 7%; от 15 до 20 лет—7%, от 20 до 30 лет—40%, от 30 до 40 лет—24%, от 40 до 50 лет—18%, старше 50 лет—4%.

Длительность течения процесса до обращения весьма разнообразна. В ряде случаев отмечается острое течение процесса в инкубационном периоде в 2—5 дней (но чаще всего после посещения бани), у многих наблюдаются частые рецидивы с длительностью процесса в 10—15 лет.

До сих пор эпидермофития плохо распознается нашими специальными лечебными учреждениями, не говоря уже о врачах—недерматологах.

Обычно в каждом случае встречаются несколько разновидностей эпидермофитии. Мы считаем целесообразным установить следующие клинические формы:

1. Дизидроз (потливость). 2. Интертригинозная форма (между пальцев). 3. Эрозивная (межпальцевая локализация). 4. Везикуло-буллезная (стопа, кисть). 5. Эритематозно-сквамозная (подошвы, ладони). 6. Гиперкератотическая: а) белые линии (скопление чешуек в складках кожи) подошв, ладоней, б) очаговый и общий гиперкератоз подошв и ладоней. 7. Экземоподобная. 8. Диссеминированная форма эпидермофитии.

Осложнения процесса: 1. Эпидермофитиды. 2. Отек стоп и кистей. 3. Лимфангоиты. 4. Импетигнизация.

Разновидности эпидермофитидов: 1. Макуло-сквамозная форма (пятнисто-чешуйчатые высыпания). 2. Дерматиты. 3. Уртикарные высыпания. 4. Экземоподобные высыпания.

Дизидротическая форма эпидермофитии выявляет этиологию потливости подошв и ладоней. Так, по мнению ряда авторов, в особенности американских (Хейти—в 100%) дизидроз вызывается грибами. Под дизидрозом различные исследователи понимают ту форму эпидермофитии, которая сопровождается рядом высыпаний пузырьков и пузырей; мы же рассматриваем дизидроз в качестве самостоятельной клинической разновидности. Этиологическим моментом дизидроза в широком смысле ряд авторов считает эпидермофитию (Машкилейсон, Пер, Сигалова—в 30%, Кауфман-Вольф—в 30%, Александер—в 50%, Гриф и Иткин—в 88%). Мы рассматриваем в дизидротической группе только те случаи, где отмечалась обильная потливость подошв и ладоней, выразившаяся во влажности этих участков, приводящая часто к мацерации эпидермиса, отслаиванию его, сильно выраженной опрелости между пальцев. Мы можем определенно указать, что в ряде случаев патологический процесс выражался исключительно в потливости подошв и ладоней и других разновидностей клинического течения не отмечалось. Потливость обычно держится весьма упорно, давая и ряд субъективных жалоб, вследствие легкой травматизации эпидермиса.

Интертригинозная форма выражается в опрелости между пальцев стоп (главным образом между IV—V и III—IV пальцами) и в складках кожи на местах сгибов пальцев. Здесь различаются различные степени поражения: а) кожа розоватого цвета, влажна, б) имеется значительное мокнутие, мацерация, в) присоединившаяся инфекция приводит к воспалительным явлениям. Межпальцевые складки служат излюбленной локализацией эпидермофитии и вследствие незначительности болезненных симптомов, больные обращают очень мало внимания на эту форму поражения, между тем она служит источником как дальнейшего развития явлений на стопе, так и причиной появления эпидермофитидов. Больные являются к нам с жалобами на высыпания в области кистей, предплечья, туловища. При осмотре мы часто обнаруживаем у них ту первичную локализацию процесса, обострение которого и привело к диссеминированным высыпаниям.

вая разновидность совершенно не беспокоит больного. На подошве и ладони линии кожи и складки резко выражены, и в них наблюдается обильное скопление мелких чешуек, довольно трудно снимающихся. В соскобе чешуек обнаружены грибки. Вторая разновидность также имеет локализацию на подошвах и ладонях и проявляется либо в виде ограниченных ороговевших очагов, сидящих раздельно, либо сливающихся между собой.

Под экземоподобной эпидермофитией мы понимаем те формы заболевания, когда процесс локализуется на тыльной поверхности стоп и кистей (реже на подошвах и ладонях) в виде очагов, инфильтрата красного цвета с образованием на поверхности пузырьков, чешуек, корочек, очагов мокнущия. Здесь не имеется как при везикуло-буллезной форме превалирование пузырьков элементов, а клиническая картина более полиморфна.

Диссеминированную форму эпидермофитии мы видели только в одном случае, где одновременно с процессом на подошвах и ладонях мы наблюдали в подмышечных впадинах, на различных участках туловища и конечностей резко ограниченные поверхностные очаги различных размеров от 3-копеечной монеты до серебряного рубля, буровато-красного цвета, покрытые обильным количеством чешуек (в чешуйках обнаружены грибки).

Как указано выше, мы, обычно, наблюдали различные формы процесса у одного и того же больного; в особенности часто сочетаются первые пять форм. Как видно из описания клинической картины, на ряд разновидностей эпидермофитии в повседневной практике обращают мало внимания (интертригиозная форма, потливость, гиперкератотическая), остальные же разновидности плохо распознаются. Обычно ставится диагноз экземы, в качестве этиологического момента признается излюбленная причина «нервная система», «обмен веществ» и т. д., больные совершенно напрасно подвергаются диете, направлению на курорты и т. д. Вопрос об эпидермофитидах вызвал различные толкования авторов. Это прежде всего касается патогенеза. Одни рассматривают эпидермофитиды как реакцию на гематогенную инфекцию, другие — как повышенную реактивность кожи в результате всасывания токсинов грибка. Так как культивирование эпидермофитона из крови удается (Кауфман-Вольф) только в единичных случаях, то второе предположение является более приемлемым.

Доказательством эпидермофитидов служит проведение интрадермальной реакции с эпидермофитином. Мы различаем следующие разновидности эпидермофитидов. На туловище встречается, главным образом, макуло-сквамозная форма (пятнисто-чешуйчатая) в виде ряда очагов различной величины (от лесного ореха до ладони), буровато-красноватого цвета с незначительным инфильтратом. Эти пятна покрыты обильным количеством чешуек и обычно длительно держатся. Характерно для всех видов эпидермофитидов появление их в результате обострения процесса в очагах эпидермофитии.

Эрозивная форма эпидермофитии образуется или на месте бывших пузырей, в межпальцевых складках стоп, либо как дальнейшее развитие предыдущей интертригинозной формы, когда сильно выраженная мацерация приводит к обнаружению сосочкового слоя. Локализация между IV и V, III и IV пальцами объясняется тем, что тесное прилегание этих пальцев и сдавливающая обувь создают особенно благоприятные условия для развития грибков. При межпальцевых формах часто наблюдается и отечность пальцев, прилегающих отделов стопы, значительно мешающая ходьбе.¹

Наиболее частой (в 75%) является везикуло-буллезная форма эпидермофитии. Излюбленная локализация процесса составляет область подошв, в средней части и у перехода на внутреннюю поверхность. В толще эпидермиса появляются пузыри величиной от горошины до лесного ореха, с напряженной крышкой, с групповым расположением. Пузыри вскрываются и появляются поверхностные эрозии, вокруг которых в виде бахромы свисают белые каемки эпидермиса. Пузыри также имеют склонность сливаться между собой и, вскрываясь, образуют различной величины очаги поражения на инфильтрированном основании красноватого цвета с фиолетовым оттенком. По мере эпителизации эрозии, рассасывается также инфильтрат, который все же держится значительное время (1-2 месяца). На месте вскрывшихся пузырей иногда образуются поверхностные язвы, напоминающие собой изъязвленные очаги на месте бывших мозолей.

Значительно реже везикуло-буллезная форма появляется на тыльной поверхности стопы и кисти. В содержимом пузырьков обнаруживаются грибки. Вполне понятно, что жалобы больных при этой форме эпидермофитии весьма значительны, поражение стоп и кистей мешает как ходьбе, так и работе.

Упомянутые осложнения эпидермофитии встречаются при этой форме довольно часто. Наличие пузырей, эрозий, мокнутия открывает путь к развитию вторичной инфекции. На очагах поражения появляются пустулы, импетигинозные очаги, образуется значительный отек стоп, кистей, одновременно с повышением температуры и нарушением общего состояния; отмечается развитие лимфангоитов и увеличение лимфатических желез. Это последнее осложнение требует уже длительного лечения. Что касается появления эпидермофитидов, мы на этом вопросе остановимся в дальнейшем. Здесь мы только отметим, что при везикуло-буллезной форме эпидермофитии они встречаются чаще, чем при других разновидностях.

Эритематозно-сквамозная форма характеризуется наличием на ладонях, подошвах, иногда и на разгибательной поверхности кистей, стоп — ограниченных очагов розовато-красноватого цвета, круглой или овальной формы. Характерным для процесса является шелушение вокруг очагов в виде кольца из чешуек.

Своеобразной формой является гиперкератотическая эпидермофития, характеризующаяся длительностью течения процесса. Пер-

В отдельных случаях нами отмечалось появление уртикарных высыпаний как на туловище, так и на конечностях, не рецидивировавших после излечения эпидермофитии.

Наиболее частой формой являются экземоподобные высыпания на кистях и предплечьях. Здесь мы наблюдаем красноту и инфильтрат кожи, появление пятнистых, папулезных, пузырьковых высыпаний с медленным обратным развитием и частыми рецидивами процесса.

Эпидермофитиды в виде дерматитов наблюдались нами на голенях, предплечьях и на всем туловище. Они начинались покраснениями и отеком кожи, в дальнейшем процесс сопровождался мокнутием, образованием чешуек и корочек на поверхности инфильтрированных очагов.

Следует указать, что подобные процессы вызываются в ряде случаев и дрожжами. Эта группа заболеваний не вполне еще изучена, в настоящее время полностью провести классификацию дрожжевых заболеваний кожи и слизистых еще преждевременно. Группа же эпидермофитии как определенная клиническая патологическая единица уже детально изучена.

Весьма важным обстоятельством является нахождение грибков при процессах, трактуемых нами как эпидермофития. Нахождение грибков зависит от техники взятия материала, от количества проведенных исследований и от взаимной комбинации бактериоскопического и бактериологического исследования. Мы находили грибки при формах, диагностированных нами как эпидермофития, в 70%, клинически эпидермофития давала те же формы процесса, но сюда вошел значительный процент случаев, где поражены кисти (40%), где вообще грибки обнаруживаются значительно реже.

Лечение и профилактика эпидермофитии составляет весьма важную задачу. Мы установили следующую методику: во время обострения процесса — не применять никаких раздражающих кожу средств, 2) лечение проводить длительно, даже после исчезновения клинических явлений. Нами испытано большое количество средств, и мы остановимся вкратце на тех, которые дали наибольшую эффективность.

В период острого процесса или обострения его, мы советуем применять:

1) ванночки с стрептоцидом (1 : 10000) при t° 39—40° в течение 12-15 минут, 1-2 раза в день (неудобно применять препарат в области кистей — оставляет длительное окрашивание);

2) примочки с стрептоцидом 1 : 3000—4—5 раз в день. Это приводит быстро к исчезновению воспалительных явлений и дает быстрое кератопластическое действие;

3) в дальнейшем можно перейти на применение мази с стрептоцидом $1/4$ — $1/2$ —1%.

Сравнительно благоприятны результаты также при применении ванночек с слабыми растворами (1 : 10000) марганцовокислого калия и примочек с противовоспалительными средствами (свинцовая примочка, уксуснокислый алюминий, $1/4$ — $1/2$ % ляпис с даль-

нейшим лечением мазями (серная мазь — 3—5%, протарговая 2%, лассаровская паста и т. д.).

При гиперкератотических формах мы рекомендуем смазывание 1% иодной настойкой, сильно шелушащими мазями (кератолитические и рассасывающие средства).

Рентгенотерапия применялась нами: при потливости — однократное освещение; при экземовидных очагах, везикуло-буллезной форме (по исчезновении остро-воспалительных явлений) дозировка обычная, как при экзематозных процессах.

В ряде случаев хорошее действие оказывает общая десенсибилизирующая терапия (хлористый кальций, вливание физиологического раствора и т. д.).

Нужно отметить, что бани, очевидно, играют известную роль в распространении эпидермофитии. Что касается непосредственно большого эпидермофитией — то он служит разносчиком инфекции. Некоторое содействие распространению процесса оказывает резиновая обувь, которую мы не рекомендуем носить лицам с потливостью подошв.

В профилактике основное заключается в чистом содержании стоп и кистей рук; последние моются часто, но в отношении стоп этого нельзя, к сожалению, сказать.

Частое смазывание подошв дезинфицирующими растворами, применение бактерицидных присыпок оказывают значительную пользу в борьбе с эпидермофитией.

Больным необходимо рекомендовать, что нужна частая смена чулок, носок, кипячение их при мытье, смазывание обуви (внутренняя поверхность) бактерицидными растворами — во избежание как рецидива процесса, так и передачи болезни другим.

Заканчивая свои наблюдения, мы хотели бы отметить, что среди грибковых заболеваний эпидермофития занимает первое место, значительно превышая количество трихофитии и парши.

Эпидермофития требует значительного внимания во избежание появления острых и подострых форм, дающих ряд субъективных жалоб и приводящих к временной нетрудоспособности.